

**ANUNCIO PÚBLICO- APERTURA DE LA LISTA DE ESPERA
PARA AYUDA CON LA RENTA DE VIVIENDA**

El Departamento de Viviendas del Estado de Connecticut y su contratista J. D'Amelia & Asociados, anuncian la apertura de las listas de espera para los programas Vales de Elección de Vivienda para sección 8 (HCV), y del programa Estatal Renta Subsidiada (RAP), para ser utilizado en todo el Estado de Connecticut – Agosto 4, 2014. Pre-solicitudes serán aceptadas de: familias compuestas por una o más personas, ancianos, y personas discapacitadas. Los solicitantes deben tener 18 años o más, o ser menores emancipados. Los programas ofrecen subsidio de la renta a las personas que sean elegibles.

Las pre-solicitud elegidas serán colocadas en una lista de espera, y esto aplica para ambos programas. La selección será determinada a través de un sorteo tipo lotería. Para el programa Estatal de Renta Subsidiada tres mil (3,000) pre-solicitudes serán registradas y para el programa de Sección 8 cinco mil (5,000) pre-solicitudes serán registradas en la lista.

La pre-solicitud para la lista de espera debe ser enviada por correo a: **Section8/RAP, P. O. Box 16, Cheshire, CT 06410**, o completadas a través de la pagina electrónica del Departamento de Vivienda **CT.gov/DOH**. **Se aceptarán solamente pre-solicitudes que tengan matasello postal fechado entre el 4 de Agosto y el 18 de Agosto del año 2014. Las pre-aplicaciones por el internet deben ser completadas el 18 de Agosto del año 2014 para las 5:00 p.m.** Se aceptara una pre-aplicación por familia. Para ser aceptada la pre-solicitud debe estar completada en su totalidad y ser legible. **Todos los solicitantes serán notificados, sean elegidos o no.**

Personas con algún impedimento físico que requiera atención especial pueden llamar a la Línea Unida de Información marcando el número 211. Individuos con problemas auditivos pueden contactar el departamento a través de TDD/TTY marcando el número telefónico 1-800-671-0737.

FORMULARIO DE PRE-SOLICITUD



1. INFORMACION DEL JEFE DE FAMILIA

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección Postal: _____

(Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código Postal) _____

Número de Teléfono () _____ - _____

2. NUMERO DE PERSONAS EN LA UNIDAD INCLUYENDOSE USTED _____.

3. PARA PROPOSITOS ESTADISTICOS DE HUD (Conteste ambas (a) y (b))

(a) Identifique su raza marcando uno de los encasillados:

- Blanca Asiática
 Negra/Afro-Americana Indio Americano/Nativo de Alaska
 Nativo de Hawaii/Otras Islas del Pacifico

(b) Identifique su origen marcando uno de los encasillados:

- Hispano o Latino No Hispano ni Latino

(c) TIENE ALGUNA DE LAS PERSONAS UN IMPEDIMENTO FISICO? SI NO.

4. INGRESO BRUTO FAMILIAR TOTAL ANUAL \$ _____

5. YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION OFRECIDA AQUI ES COMPLETA Y EXACTA. Entiendo que someter información falsa y/o fraudulenta puede resultar en la pérdida de mi elegibilidad para participar en los programas de renta subsidiada.

Fecha _____ Firma del Jefe de Familia _____

DOH es una acción afirmativa con igualdad de oportunidad de empleo, proveyendo programas y servicios justos de una manera imparcial. Es la política de DOH el cumplir plenamente con las políticas estatales, locales y federales no discriminatorias. En conformidad con el acto de Americanos con Discapacidad, DOH hace todo el esfuerzo posible para proveer igualdad de servicios a las personas con discapacidad.